

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 446

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Édouard-Émile CAILLEUX

Né le 1^{er} octobre 1905, à Parmain (Seine-et-Oise)

Contribution à l'Étude
des

Cholécystites non lithiasiques

et à leur Traitement

par l'Urotropine intra-veineuse

Président : M. BAUDOUIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

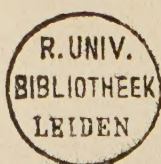
15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâtrie.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU .. Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
TROISIER Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULÉ..... Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER..... Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

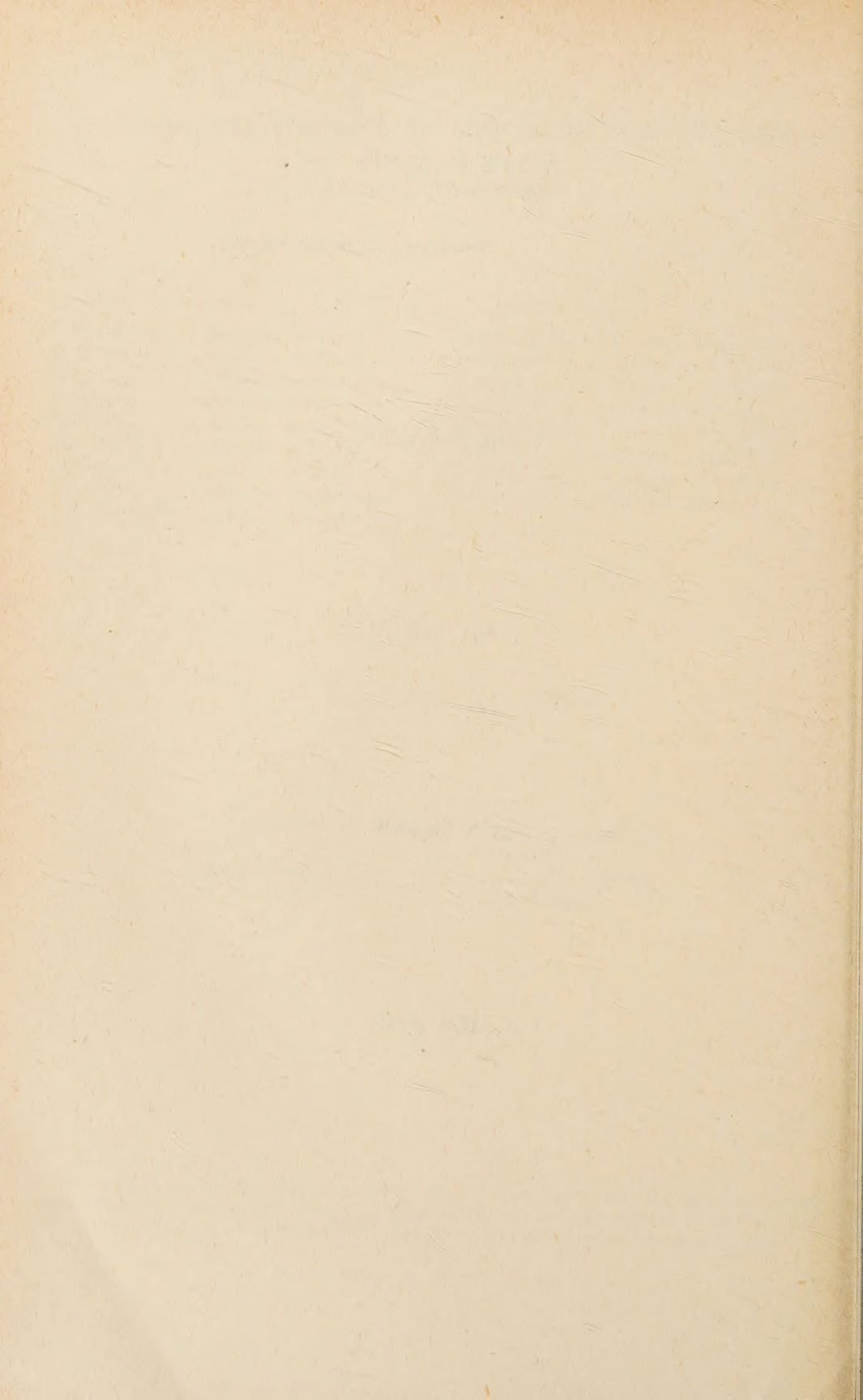
Témoignage de reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MA SOEUR

AUX MIENS

A MES AMIS



A M. LE PROFESSEUR BAUDOUIN

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR JACQUET

Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail,
nous en a donné les directives. En hom-
mage de profonde gratitude pour l'ami-
cale bienveillance qu'il nous a toujours
témoignée.*

Contribution à l'Étude
des Cholécystites non lithiasiques
et à leur Traitement
par l'Urotropine intra-veineuse

Introduction.

Dans de nombreux ouvrages remarquables sur la vésicule biliaire, le Professeur Chiray et ses collaborateurs, classent les cholécystites non lithiasiques en : cholécystites aiguës apparaissant au cours des septicémies, cholécystites puerpérales, cholécystites chroniques ou subaiguës, vésicule fraise, tuberculose et syphilis vésiculaires.

Ces diverses catégories d'infections du cholécyste sont nettement individualisées les unes par rapport aux autres par leur étiologie, leur symptomatologie et leur évolution respective.

Prise isolément, chacune d'elles peut se manifester sous des formes cliniques parfois très différentes, ce qui en rend l'identification malaisée. Les manifestations particulières de l'infection apparaissent en relief alors que les caractères généraux communs restent dans l'ombre si on ne les recherche pas.

Ceci est particulièrement fréquent en ce qui concerne les cholécystites chroniques. Elles peuvent

simuler toute la pathologie du quadrant supérieur droit de l'abdomen, ulcus gastrique ou duodénal, périviscérite sous-hépatique, périoduodénite, appendicite chronique..., etc.

De plus, lorsqu'il est reconnu que la vésicule est en cause il est cliniquement impossible d'affirmer si l'on a affaire à une cholécystite lithiasique ou non. Nous comprenons fort bien que d'éminents spécialistes de gastro-entérologie déclarent que « la cholécystite chronique non calculeuse est une affection fréquente quoique mal connue » (Chiray).

Qu'il nous soit permis d'ajouter que la reconnaissance de la cholécystite non lithiasique dans ses premières manifestations cliniques, est peut-être une des raisons de son évolution vers la chronicité.

Nous voudrions essayer de montrer dans ce modeste travail qu'il existe une forme clinique de cholécystite non lithiasique, subaiguë, essentiellement féminine, bien que les hommes n'en soient pas exempts, aisément et rapidement curable par l'urotropine intraveineuse, alors que, méconnue ou non traitée, elle évolue presque infailliblement vers la chronicité.

Description clinique.

Les cholécystites que nous avons en vue concernent surtout les réactions douloureuses de la vésicule qui s'observent avec une fréquence extrême chez la femme à certaines époques de l'année.

Nous avons été frappé, en effet, par le caractère saisonnier de cette affection. Pendant les trois dernières années écoulées, c'est dans le courant ou à la fin de l'automne que se déclarent en grand nombre les cholécystites, pour se prolonger en général jusque vers le milieu du printemps.

Elles n'ont cependant aucun caractère épidémique. Nous ne les avons pour ainsi dire jamais rencontrées pendant la belle saison.

Très rarement, nous avons pu leur attribuer une origine grippale, et les autres causes nous échappent.

Cependant ces cholécystites semblent être l'apanage de la femme. Bien que nous n'ayons pas relevé de statistique, nous avons l'impression que ces cholécystites représentent une cause habituelle des troubles digestifs à forme douloureuse et nauséuse des jeunes femmes et qu'elles constituent une des raisons les plus fréquentes des troubles abdominaux pour

lesquels viennent consulter les femmes à l'âge moyen de la vie.

Dans la majorité des cas, nous avons noté chez ces malades, la coexistence d'autres troubles.

Citons par ordre de fréquence : l'appendicite chronique, des troubles endocriniens (hyperthyroïdisme, hypo-ovarie), des troubles psychiques même, des affections de l'appareil génital (rétroversion utérine).

La constipation est habituelle chez ces malades, mais, là encore, il est difficile de dire si elle est la cause ou la conséquence de l'atteinte vésiculaire.

La cholécystite, sous ses formes atténuées, non lithiasique, et si fréquente, se traduit surtout par des phénomènes algiques. Le symptôme douloureux le plus souvent accusé spontanément par les malades est une douleur dans le dos, sous forme d'une barre transversale située à la hauteur de la pointe des omoplates et présentant son maximum souvent à la colonne vertébrale. Fréquemment, cette douleur spontanée s'étend sur le côté droit du rebord costal, dessinant le contour de la région hépatique.

L'irradiation douloureuse à l'épaule droite, symptôme classique des affections hépato-vésiculaires et de nature à attirer d'emblée l'attention sur le foie, s'observe par contre assez rarement.

Chez d'autres malades, la douleur est antérieure, localisée à l'épigastre et ce sont les malaises gastralgiques qui dominent, évoquant l'idée de la gastrite. Les poudres inertes (bismuth, kaolin) ainsi que la chaleur au creux épigastrique ont en général une

action sédative sur ces troubles. Les alcalins, par contre, et les antispasmodiques n'agissent que médiocrement.

Les algies provoquées doivent être minutieusement recherchées par l'examen objectif, car c'est sur leur constatation que repose le diagnostic.

Une algie trompeuse et fréquente pendant les premiers jours est réalisée par un point de sensibilité superficielle à la pression dans la fosse iliaque droite et répondant exactement au point de Mac Burney.

« Nous avons appris à nous méfier de ces points de
« Mac Burney trop vifs avec accompagnement d'une
« paroi abdominale souple, sans que la palpation pro
« fonde décèle une contraction du cæcum sous-jacent
« et qui, à notre avis, est la cause la plus fréquente de
« l'erreur de diagnostic classique entre l'appendicite
« et la cholécystite. »

« Il ne nous a pas semblé, contrairement à une
« notion communément admise, qu'il s'agisse de vési-
« cule ptosique que la pression atteint dans la fosse
« iliaque mais bien d'une algie pariétale à distance se
« projetant à l'emplacement exact du point de Mac
« Burney et traduisant, comme dans l'appendicite
« d'ailleurs, la viscéralgie à distance » (P. Jacquet).

La sensibilité du nerf phrénique droit doit être explorée minutieusement, surtout à la base du cou. Symptôme de grande valeur quand il existe et traduisant presque à coup sûr l'état de souffrance des voies biliaires. Ce symptôme est inconstant et relativement peu fréquent.

Le symptôme révélateur de la cholécystite consiste dans l'éveil par la palpation profonde de la douleur localisée au cholécyste lui-même.

Pour procéder à cette recherche, il est indispensable d'obtenir du malade un relâchement complet de sa paroi abdominale en le plaçant en décubitus dorsal, bras allongés le long du corps, cuisses demi-fléchies, soutenues par un coussin. Puis, glissant le pouce sous les fausses côtes par une pression douce et continue, on invite le malade à respirer largement, ce qui amène la vésicule sensible au contact du doigt explorateur qui forme comme un butor. Une douleur parfois fort vive se déclare subitement. C'est le signe de la « douleur inspiratoire », signe de Murphy.

Dans quelques cas très caractéristiques la douleur ainsi provoquée s'irradie comme une fulguration vers les seins, le dos et les épaules. Parfois les irradiations s'étendent simplement à l'épigastre ou à l'hypochondre gauche.

Nous insistons sur le fait suivant que nous avons observé à maintes reprises : que l'exploration négative en position couchée n'est aucunement probante. L'examen doit être recommencé en position assise ou debout et très souvent alors, l'exploration devient positive.

Indépendamment de son caractère algique, cette cholécystite est une manifestation essentiellement nauséuse. Ce fait doit être recherché par l'interrogatoire et il mérite d'emblée d'attirer l'attention.

L'état nauséux à peu près permanent, en effet, est

loin d'être un phénomène commun chez les malades dyspeptiques. Hormis l'état gravidique et certains syndromes de Basedow plus ou moins frustes avec manifestations digestives, l'état nauséux relève la plupart du temps d'une atteinte pathologique de la vésicule biliaire.

« Ces malades, en général, ont l'indigestion facile
« et beaucoup plus fréquemment, assurément, que
« ne l'ont les appendiculaires.

« Aussi faut-il se méfier des indigestions faciles et
« répétées survenant chez les jeunes femmes » (P. Jaquet).

Ces malades accusent de façon habituelle un écœurement permanent qui leur fait restreindre leur alimentation.

L'écœurement se manifeste dès le réveil et persiste tout au long du jour. Il s'accompagne, petit signe fréquent et souvent révélateur, d'une sensation particulière d'amertume dans la bouche. Ce symptôme, accusé très fréquemment par les malades, nous a paru ne s'observer qu'assez rarement en dehors des cholecystites.

Ces malades, d'autre part, présentent une intolérance assez particulière à certains aliments, qui constitue chez eux un véritable test et provoque l'indigestion. Celle-ci, souvent nocturne, consiste en une débâcle diarrhéique. Aussi, d'eux-mêmes le plus souvent, les malades ont éliminé de leur alimentation les aliments qui leur nuisent et qui sont toujours les mêmes : les graisses cuites, les sauces, les œufs, le

chocolat enfin, qui, chez certains d'entre eux, se comportent comme de véritables toxiques. Insistons sur le caractère nocturne à échéance fixe, passé minuit, vers 1 heure ou 2 heures du matin, des malaises digestifs de la cholécystite qui rejoignent par là la séméiologie des colites avec lesquelles, souvent, ils demeurent confondus.

Souvent, en effet, ce sont des troubles intestinaux à forme de colite muqueuse, en général, et souvent peu douloureuses, qui amènent les malades au médecin. Les selles sont habituellement molles, pâteuses, en tas, bouse de vache, avec parfois des débâcles bilieuses sous forme de crise diarrhéique de teinte plus ou moins noire.

Indépendamment de toute manifestation gastrique ou douloureuse, on doit se méfier, chez la femme, de ces colites muqueuses de long cours ne relevant pas d'une parasitose (oxyure, tricocéphale).

La cholécystite, en général, affection nauséuse, douloureuse, à forme gastrique ou colitique, s'accompagne très souvent chez la femme, de troubles nerveux réflexes parfois très accentués, qui doivent, par un examen minutieux, être rattachés à leur cause. Extrême instabilité nerveuse, irritabilité, insomnie, tels sont les principaux troubles observés.

Ces femmes sont considérées comme des nerveuses et soignées parfois comme telles.

« Les malaises lipothymiques sont fréquents, à tel point qu'il nous a semblé que ce symptôme surve-

« nant sans motif devait faire penser très souvent à « une cholécystite » (P. Jacquet).

Certaines malades viennent consulter parce qu'elles se trouvent mal et pour cet unique symptôme.

L'asthénie est habituelle au cours de ces cholécystites et parfois les troubles neurotoniques ; liés à la solarite concomitante par un léger éclat du regard, une pulsatilité légère des vaisseaux de la base du cou, une accélération fréquente et permanente du pouls, éveillent au premier abord l'idée d'un Basedow fruste.

Indépendamment de cette séméiologie confuse, protéiforme, monosymptomatique parfois, on ne trouve guère chez ces malades les symptômes habituels aux grandes formes médico-chirurgicales des cholécystites : pas trace d'ictère notamment dans la majorité des cas, pas de fièvre non plus.

L'examen radiologique est négatif ou douteux : quelques légers troubles dans la forme ou le fonctionnement du bulbe duodénal, quelques troubles de kinésie gastrique avec une mince couche de liquide de sécrétion. La cholécystographie montre que la vésicule ne contient pas de calcul.

Abandonnée à elle-même, la cholécystite persiste pendant des mois.

A la longue, cependant, par suite du repos, d'un régime de privations auxquels arrivent à se soumettre les malades par la force des choses, indépendamment même de tout avis médical, les choses arrivent à rentrer plus ou moins dans l'ordre. Cependant, nous

avons pu maintes fois, chez ces malades fragiles, habituellement souffrantes, non traitées pour la vésicule biliaire, reconstituer une histoire de cholécystite, jamais complètement éteinte, dont les premières manifestations étaient apparues plusieurs années auparavant, pendant l'hiver. Depuis, ces malades avaient présenté chaque hiver des troubles analogues, mais s'aggravant d'une année à l'autre.

Traitement.

Lors du Congrès International de la lithiase biliaire tenu à Vichy en septembre 1932, le Professeur Abrami, traitant la question de la désinfection du cholécyste par l'antisepsie médicale, énuméra les différentes méthodes qu'on pouvait utiliser pour essayer de la réaliser : tubages en série du duodénum, substances cholagogues et cholérétiques, antisepsie chimique, antisepsie ionique.

Quel que soit le procédé auquel on s'adresse, dit-il, les difficultés à vaincre sont nombreuses : « la bile, la « vésicule, le foie, le sang, le tube digestif, forment « le plus souvent un tout indivisible » (Abrami).

Lorsqu'il y a bactériocholie, les parois vésiculaires sont infectées dans 100 % des cas, comme l'ont montré les expériences de Chiaroïanza.

L'immense majorité des cholécystites et hépatites infectieuses relève de l'infection descendante sanguine.

Les sources de l'infection : amygdales, dents, intestin surtout, constituent des obstacles innombrables.

Les résultats expérimentaux sont décevants : la sérothérapie, la vaccinothérapie, le bactériophage sont inefficaces. Les expériences de Lemierre et

Abrami leur ont permis de conclure que « l'infection biliaire est exclue du cycle de l'immunité générale ».

Speeht, utilisant les antiseptiques chimiques arrive à ce résultat que « bactériologiquement parlant on ne « parvient pas, par la chimie, à stériliser un cholé-
« cyste ».

La physico-chimie sera sans doute plus heureuse.

Le Professeur Carnot et Mlle Grandzewska, utilisant la méthode de Beckmann qui consiste à modifier le pH biliaire, ont montré qu'en élevant la réserve alcaline on augmente l'alcalinité de la bile, sa teneur en Co^2 et par la même son pouvoir antiseptique. L'antisepsie ionique est la méthode de l'avenir car son application est encore trop récente pour pouvoir la juger.

Les résultats expérimentaux sont donc en désaccord avec la clinique. Cela tient à ce que « pour le « médecin, le problème de l'antisepsie se pose tout « autrement que pour le bactériologiste » (Abrami).

L'antisepsie biliaire médicale ne prétend pas stériliser mais guérir ou atténuer l'infection.

Le médicament le plus souvent utilisé en France dans ce but est l'hexaméthylène tétramine (CH_2)⁶ NH^4 . Il ne nous appartient pas de retracer ici l'historique de ce produit découvert en 1860 par Butlerow et introduit, en 1894, sous le nom formine, par Bardet et Trillat dans la thérapeutique française. Rappelons que cet antiseptique, soluble dans l'eau, est extrêmement diffusible, qu'il s'élimine par le rein et par le foie, qu'il passe dans le liquide céphalo-rachidien, ce qu

explique son utilisation dans le traitement des maladies infectieuses, des affections de l'arbre urinaire, des maladies du système nerveux et dans les infections des voies biliaires sous diverses formes d'administration.

Dès 1918, Loeper et Grosdidier emploient l'urotropine en injections intra-veineuses dans le traitement des cholécystites aiguës. Minet et ses élèves Limichin, Duthoit et Daynez, l'utilisent dans le traitement des cholécystites chroniques avec ou sans lithiase.

Le D^r Jacquet, dont l'expérience porte actuellement sur plus de 200 cas, a préconisé l'emploi de l'urotropine intra-veineuse dans le traitement des cholécystites qui font l'objet de ce travail.

Traitement personnel.

Nous avons utilisé tantôt une solution commerciale d'urotropine à 0 gr. 25 par centimètre cube, tantôt la solution de l'Assistance publique, dont la dilution répond à 0 gr. 50 par centimètre cube.

Technique.

L'injection doit être faite obligatoirement par voie intra-veineuse. Elle n'occasionne aucune irritation de la veine. Encore faut-il avoir soin d'éviter que le sang mêlé au liquide injecté reflue hors de la veine, soit du fait de la transfixion de la veine de part en part par l'aiguille, soit d'une compression exercée à la racine du membre par un vêtement trop serré. L'issue du liquide hors de la veine, en effet, provoque une douleur très vive et durant plusieurs heures, mais qui dans aucun cas ne s'est accompagnée d'œdème inflammatoire ni de tendance au sphacèle des tissus.

L'injection sous-cutanée ou surtout intra-musculaire a été préconisée. Ce mode d'introduction, que nous avons rarement utilisé, nous a paru presque aussi efficace que l'injection intra-veineuse ; il s'est

montré cependant, dans la majorité des cas, très douloureux et doit être rejeté.

Doses et durée.

La façon la plus rationnelle, à notre avis, de conduire le traitement, nous a paru être l'injection quotidienne, ou presque quotidienne, à la dose de 1 gr. ou de 1 gr. 25 du médicament. Chez les malades qui le supportent mal (asthénie, réaction focale douloureuse un peu vive dans la région de la vésicule) il peut y avoir intérêt, à un certain moment, de sauter un jour. Cependant, nous avons reconnu la nécessité de grouper le traitement total dans un nombre de jours aussi bref que possible ; faute de quoi, une interruption de quelques jours au cours du traitement, surtout au début, est susceptible de faire perdre rapidement le bénéfice des injections antérieures et de permettre au mal de s'installer à nouveau.

Nous nous sommes borné en général à six ou huit injections, répétées quotidiennement, constituant un total de 6 à 8 gr. du médicament.

Il ne nous a pas semblé nécessaire d'aller au delà de la dose totale indiquée qui nous a paru, en général, susceptible de réaliser l'effet maximum.

Nous avons vu cependant certains médecins recommencer, après un certain délai, une deuxième série d'injections et ceci sans inconvénient.

L'emploi de doses inférieures à 1 gr. par injec-

tion nous a paru prolonger de façon inutile la durée du traitement.

Il n'y a pas lieu, d'autre part, de tâter au début la susceptibilité du malade, par des injections à dose faible et d'aller en augmentant.

Par contre, comme nous le disions précédemment, il y a intérêt à bloquer le plus rapidement possible la série totale des piqûres intraveineuses. Maintes fois, en effet, ayant été obligé d'interrompre pendant deux ou trois jours la série des injections, nous avons vu le malade, accusant une amélioration très nette pendant le premier jour d'interruption, recommencer à éprouver ses malaises dès le deuxième ou le troisième jour de l'interruption du traitement.

Effets.

L'action du traitement sur les symptômes de cholécystite est le plus souvent très rapide. Dès la première piqûre, en général, les malades passent une meilleure nuit et retrouvent en partie leur sommeil habituellement troublé. Après la seconde piqûre, l'amélioration se fait nettement sentir, à la fois sur les troubles digestifs et sur les phénomènes réflexes (algies thoraciques à distance, vertiges, etc...).

Parfois une réaction douloureuse s'établit en cours de traitement dans la région de la vésicule. Les malades disent sentir leur foie, qu'ils indiquent dans l'hypocondre, et accusent une recrudescence légère des symptômes gastralgiques.

« Il y a là une véritable réaction focale très caracté-
« ristique qui n'existe que chez les malades atteints de
« cholécystite et que nous n'avons pas observé par
« contre dans les cas où nous avons utilisé l'urotropine
« intraveineuse chez des sujets indemnes de cholécys-
« tite mais atteints d'autres affections : infections di-
« verses, pyélonéphrite, encéphalite, etc. » (P. Jacquet).

Ces réactions focales douloureuses se dissipent avec l'élimination complète du médicament. Aussi est-ce deux ou trois jours après la cessation des piqûres que l'on peut juger, dans les meilleures conditions, le plein effet du traitement.

L'emploi de l'uroformine aux doses indiquées, par voie intra-veineuse, nous a toujours apparu des plus inoffensifs. Nous n'avons observé chez aucun de nos malades de phénomène de choc (frisson, fièvre, érythème, etc.), indépendamment de la réaction focale ci-dessus mentionnée.

Le traitement s'accompagne chez certains malades d'une asthénie légère et ce fait nous a paru particulièrement fréquent chez les sujets atteints de troubles neurotoniques ou d'un syndrome léger d'hyperthyroïdisme. Nous savons que ces troubles se rencontrent plus souvent chez la femme que chez l'homme.

La tolérance de l'appareil urinaire à l'urotropine introduite par voie intra-veineuse est un phénomène des plus curieux et vraiment déconcertant. Alors que l'urotropine absorbée *per os* détermine presque à coup sûr, malgré les précautions, une irritation vésicale qui oblige rapidement à cesser le traitement, le même

produit, injecté dans la veine ne provoque pour ainsi dire jamais de réaction vésicale douloureuse.

Chez certains de nos malades, seulement, l'action de l'urotropine sur la vessie consiste, dans l'heure qui suit l'injection, en une miction pressante et abondante s'accompagnant quelquefois d'un léger ténésme. Le fait demeurant isolé et ne se reproduisant pas pendant les vingt-quatre heures, ne commande nullement d'interrompre le traitement.

Incidents et contre-indications.

Les incidents survenus du fait du traitement ont été peu nombreux. Chez une jeune fille à qui nous avons injecté d'emblée une dose de 2 gr. 50 d'urotropine, dose trop forte, nous avons vu se développer au bout d'une vingtaine de minutes une migraine ophthalmique.

Chez un autre malade très complexe, atteint de cirrhose de cause indéterminée, d'angiocholécystite chronique, d'ictère permanent à forme acholurique avec des paroxysmes d'hémoglobinurie dont la cause n'a jamais pu être déterminée, une première cure d'urotropine a agi efficacement sur l'infection biliaire. Le traitement ayant été repris plusieurs fois de suite par le médecin traitant, provoquait chaque fois, à la seconde injection, une épistaxis abondante.

Chez un sujet ayant eu en deux ans trois hématomèses dues à un ulcus gastrique, ulcus reconnu par la suite et vérifié chirurgicalement et chez qui le dia-

gnostic de probabilité au début, résultant d'un examen radiologique trompeur, avait été celui de cholécystite avec péricholécystite, une série d'injections, d'ailleurs inefficaces, déterminent à la suite une quatrième hématémèse.

Il nous a donc semblé que, dans certains cas très particuliers, chez les sujets prédisposés aux hémorragies, le traitement par l'urotropine pouvait favoriser ces tendances hémorragiques. Cependant les faits observés par nous sont trop peu nombreux pour en tirer une conclusion ferme.

Résultats.

Dans les cholécystites subaiguës, saisonnières, non calculeuses, le traitement par l'urotropine intra-veineuse se suffit à lui-même. Point n'est besoin de lui associer les médicaments cholagogues (peptone, sulfate de magnésie notamment). Le régime à suivre peut être relativement large. Il suffit de demander au malade d'écarter de son alimentation les aliments à action élective.

Il n'est pas nécessaire de prescrire à la malade le repos étendu, les applications chaudes au devant du foie, les cures thermales qui sont indispensables pour le traitement des autres cholécystites.

« On réalise de la sorte un traitement ambulatoire
« très apprécié des malades d'hôpital (employées,
« vendeuses, dactylographes, etc.) qui envisagent avec
« une vive appréhension l'arrêt de leur travail, surtout
« en période de crise » (P. Jacquet).

L'action de l'urotropine nous a paru très rapide dans les cholécystites subaiguës non lithiasiques, se traduisant par des manifestations diarrhéiques avec troubles gastralgiques et vomissements répétés pendant les heures de début. Là où depuis plus d'une semaine les traitements dirigés contre la gastro entérite apparente demeuraient sans effet, l'urotropine intra-veineuse en quelques jours, a eu plein succès.

« Enfin c'est un traitement fidèle et plusieurs fois
« son échec, complet ou partiel, nous a fait redres-
« ser une erreur de diagnostic, ou reconnaître l'exis-
« tence d'une affection associée à la cholécystite et
« faisant échec au traitement » (P. Jacquet).

Observations.

OBSERVATION N° I.

Mlle G..., jeune domestique, ayant fait une année auparavant une poussée d'hyperthyroïdisme qui aurait été complètement guérie en quelques semaines par l'hématoéthyroïdine. Elle revient en mars 1934, accusant des symptômes analogues (nervosité extrême, instabilité d'humeur, découragement, insomnie, fatigue habituelle extrême) avec accompagnement en plus de malaises gastralgiques auxquels s'associe une assez forte solariété.

On ne retrouve pas chez elle, cependant, l'élargissement léger de la base du cou avec pulsations carotidiennes, et l'éclat du regard que nous avons observé un an auparavant lors du premier examen.

De plus, la malade s'est mise elle-même pendant quinze jours à l'hématoéthyroïdine sans aucun résultat.

L'exploration systématique de la vésicule biliaire dénote une vive sensibilité.

Dès la première piqûre d'urotropine la malade a eu un sommeil bien meilleur, elle reprend confiance. A vue d'œil, au cours du traitement, les forces et le calme reviennent ; la malade, en peu de jours, a bien meilleure mine. Elle se considère comme guérie à la fin du traitement.

OBSERVATION N° II

Mme G..., grande constipée habituelle, ayant été soignée sans résultat à Plombières et Carlsbad, et traitée présentement pour une colite spasmodique.

Cette jeune femme, au retour d'un voyage touristique au Maroc, vient consulter pour des malaises gastralgiques s'accompagnant d'une recrudescence de constipation et de poussées de ballonnement épigastrique douloureuses avec éructations, apparaissant aussitôt après l'ingestion d'aliments.

L'examen objectif de l'abdomen ne décèle qu'un côlon droit spasmé. Pas de sensibilité au-dessous du foie, pas de sensibilité dans la fosse iliaque droite.

Un toucher vaginal ne montre rien de gynécologique. Le diagnostic demeure en suspens.

Un examen radiologique pratiqué le lendemain par le Dr Gally montre un syndrome appendiculaire très caractéristique avec une stase iléale importante de distention bulleuse de l'iléon, un cæcum spasmé, avec absence complète cependant de sensibilité au carrefour inférieur. L'estomac, de son côté, est rectiligne et oblique vers la droite avec une légère déviation du pylore vers la droite comme on le voit dans les cholécystites. Un point algique à la pression peut être décelé dans cette zone et l'on porte le diagnostic de cholécystite associée à une appendicite chronique.

Un traitement est institué, en attendant l'intervention ultérieure, visant la colite sous forme de ferments lactiques, d'huile de paraffine, de belladone, de composés arsenicaux, en même temps qu'on associe un traitement d'urotropine intra-veineuse.

En l'espace de quelques jours, les sensations de ballonnement post-prandiaux disparaissent.

La malade reprend des forces et s'alimente presque normalement, cependant la constipation douloureuse, liée à l'appendicite, persiste.

OBSERVATION N° III (Due à l'obligeance du Dr Jacquet)

C..., boucher en province, issu d'une famille de gens souffrant du foie. Cet homme de 46 ans vient consulter pour un léger subictère avec décoloration des matières durant depuis un mois. Depuis quatre mois le malade est asthénisé, il a maigri de façon inquiétante et est presque anorexique ; bien que continuant le dur exercice de sa profession, il ne s'alimente plus que d'une façon très restreinte.

L'impression première est celle d'un néoplasme. Objectivement on constate un foie nettement débordant, un peu dur, et douloureux dans la région de la vésicule.

Une radio faite le 20 mars montre au premier coup d'œil les déformations habituelles dans les cholécystites : l'estomac est rectiligne et oblique vers la droite ; le pylore est franchement dévié vers la droite ; une hypersécrétion gastrique abondante, surmontant la baryte, s'établit sous l'écran.

L'examen des clichés ne montre aucune déformation suspecte de la région pré-duodénale, pas d'image calculeuse.

Le diagnostic de cholécystite se précisant, nous conseillons l'uroformine intra-veineuse associée à l'agocholine, au repos et au régime.

Nous revoyons le malade après la troisième piqûre et le changement est frappant : le malade reprend des forces, son expres-

sion a changé, déjà il reprend appétit. La région vésiculaire est moins sensible que précédemment.

Des nouvelles reçues postérieurement nous ont appris sa complète guérison.

OBSERVATION N° IV

R..., femme de 35 ans, hypo-ovarienne, très corpulente, fait depuis trois semaines une série d'accidents très douloureux à type de colique vésiculaire. Nous sommes appelé auprès d'elle pour la dernière crise qui se prolonge depuis six jours.

La palpation du foie est très douloureuse dans la région vésiculaire sans qu'on puisse déceler cependant, de vésicule distendue. Il n'y a pas de fièvre, pas d'ictère.

Une série d'injections intra-veineuses d'urotropine est pratiquée chez elle : le troisième jour la malade s'estimant guérie reprend ses occupations de commerçante.

Pendant deux mois ensuite la malade se porte parfaitement bien. Deux mois après cependant, les accidents se reproduisent avec le caractère manifestement lithiasique. Nous perdons de vue la malade.

OBSERVATION N° V

C..., jeune femme de 32 ans, qui à la suite de coliques hépatiques a été hospitalisée à deux reprises différentes, à quatre mois d'intervalle, à la maison Dubois et qui, au moment de son hospitalisation survenant une dizaine de jours après le début de ses crises douloureuses, a été trouvée porteuse d'un volumineux hydrocholécyste.

A deux reprises différentes, après deux piqûres d'uroformine,

associées il est vrai à l'application locale de glace, l'hydrocholécyste s'affaiblit subitement.

Quelques jours après la malade partait guérie.

Une troisième crise ayant ramené la malade dans le service pendant les vacances, en l'absence du Chef de Service, et l'hydrocholécyste ayant été reconnu, on n'eût pas recours à l'urotropine et la malade fut opérée.

La vésicule fut reconnue contenant des calculs.

OBSERVATION N° VI (Due à l'obligeance du Dr Jacquet)

Mme V..., femme de 72 ans, petite nature, dyspeptique de longue date. Dans le courant de l'hiver 1934, elle traverse une période de dépression physique et morale allant jusqu'à un refus à peu près complet d'alimentation.

C'est une femme très maigre, à l'abdomen flasque. Nous constatons chez elle, outre une tension artérielle basse et un cœur un peu sourd, des râles fins aux deux bases, lesquels s'accompagnant d'un léger état fébrile nous font porter rétrospectivement le diagnostic de grippe avec hypostase légère et décompensation cardiaque atténuée. Nous prescrivons des révulsions et des toni-cardiaques.

Quinze jours après, cependant, la malade ne s'est pas sensiblement améliorée : la fièvre persiste, les bases pulmonaires sont cette fois complètement dégagées, mais l'anorexie et l'asthénie n'ont subi aucune amélioration. Le foie est sensible à présent dans la région de la vésicule. Les urines recueillies par sondage montrent en quarante-huit heures une culture abondante de colibacilles.

Pensant reconnaître derrière cette colibacilliose une cholécys-

tite consécutive à la grippe comme responsable de cette bactériurie nous prescrivons l'uroformine en injections intra-veineuses qui sont faites par un médecin militaire de l'hôpital de Versailles.

Les nouvelles données par la famille sont les suivantes : « amélioration rapide à tous les points de vue, reprise spontanée de l'alimentation. Quinze jours après la malade circulait à nouveau et reprenait sa vie mondaine ».

OBSERVATION N° VII

Mme de L..., femme d'une cinquantaine d'années, vient consulter pour des phénomènes d'asthénie avec douleurs abdominales vagues, algies imprécises dans le dos et dans les hypochondres, insomnie et amaigrissement.

L'examen de l'abdomen n'éveille aucune sensibilité ; un toucher vaginal, par contre, faisant reconnaître une rétroversion utérine très accentuée, oriente le diagnostic dans ce sens et fait penser à des algies avec nervosité provoquées par la rétroversion.

Un examen radiologique demeure lui-même assez imprécis : on constate une légère stase gastrique et duodénale six heures après le repas opaque. Rien au carrefour inférieur, par contre une ptose du cæcum et de tout le côlon droit. Quatorze heures après l'ingestion de foriod, la vésicule biliaire est à peine teintée et contient trois taches claires pouvant représenter des calculs biliaires.

On s'oriente vers le diagnostic de colite droite avec ptose et de cholécystite, peut-être lithiasique, associée à une rétroversion utérine.

Pour départager le rôle de l'une et l'autre affection on fait à

tout hasard une série de six piqûres d'urotropine : dès la première piqûre l'amélioration est nettement accusée par la malade.

Quand le traitement est terminé, la malade, très satisfaite, a retrouvé tout son entrain et sa santé normale.

OBSERVATION N° VIII

Al..., 27 ans, ajusteur, envoyé en février 1934, par le Dr Perrou, pour crises douloureuses siégeant dans la région épigastrique avec faim douloureuse.

Depuis trois semaines a eu, à raison d'une par jour, des crises de douleurs. Ces douleurs sont tardives, elles surviennent cinq à six heures après le repas de midi (mais jamais la nuit) ; elles siègent dans le creux épigastrique, tantôt à droite, tantôt à gauche de la ligne médiane. Elles durent environ une demi-heure, irradiant dans le dos. Une sensation de faim douloureuse calmée partiellement par les aliments les accompagne. Le malade n'a jamais eu de vomissement ; il a présenté quelques selles noires.

Il y a un an, crises analogues pendant une dizaine de jours, mais moins intenses, traitées par la belladone et la sédogastrine et un régime sévère, qui amènent l'atténuation des symptômes.

Période de latence complète jusqu'à ces derniers jours.

Examinant ce malade nous voyons un sujet peu amaigri, bien que s'étant hypoalimenté depuis quelques jours. La palpation de l'abdomen décèle un point appendiculaire, peu net. Hésitant entre le diagnostic d'ulcus duodénal et de duodénite par appendicite chronique, nous conseillons au malade le repos et un régime approprié.

Nous le revoyons quelques jours après et cette fois il présente un point de Murphy très net.

Nous instituons le traitement par l'urotropine intra-veineuse à l'exclusion de tout autre médicament en permettant un élargissement du régime.

A la sixième piqûre, les crises douloureuses ont disparu, le malade mange normalement et peut reprendre son travail.

OBSERVATION N° IX

C..., 34 ans, électricien, vient consulter pour des troubles digestifs et des vertiges qui l'empêchent d'exercer son métier. Le malade souffre depuis sept semaines de crises douloureuses siégeant au creux épigastrique, se propageant dans le dos, accompagnées de vertiges et terminées par des vomissements alimentaires, puis bilieux. Ces crises sont nocturnes, tardives (six heures après le repas du soir), coïncident avec l'ingestion de charcuterie, d'œufs, de haricots. L'absorption de lait provoque une diarrhée une heure après.

Entre temps, l'appétit est conservé et l'état général est bon. Cependant, chaque soir, le malade est obligé de prendre des précautions particulières pour se coucher. Il doit d'abord s'asseoir sur son lit, puis se laisser glisser tout doucement sur le côté droit pour éviter les vertiges qu'il redoute. Le matin au réveil, il retrouve ses vertiges en se levant et souvent il est pris, en même temps, de crises migraineuses (Examen du fond d'œil normal, pas de troubles labyrinthiques. Wassermann négatif).

A toujours été bien portant jusqu'alors.

En janvier 1932, le Dr Cathelin l'opère d'une tumeur testiculaire droite (seminome).

Nous pratiquons un examen détaillé de ce malade : abdomen souple, sensibilité épigastrique, signe de Murphy très net, vague douleur appendiculaire.

Le foie et la rate sont de volume normal. Les poumons et le cœur sont normaux. La tension artérielle est de 13-8, les réflexes sont normaux, pas de leucoplasie.

Ayant porté le diagnostic de cholécystite, le traitement par l'urotropine intra-veineuse est institué.

Le 8 mars, à la fin de la série qui comportait un total de 8 gr., les vomissements ont cessé, la céphalée matutinale a disparu et le malade a pu reprendre son travail. Cependant l'état nauséux au réveil et les vertiges n'ont pas rétrocedé.

Le 21 avril, le malade revient à la consultation, il se plaint toujours d'avoir des vertiges et de ressentir une pesanteur gastrique après les repas.

Une seconde série de piqûres intra-veineuses d'urotropine est commencée à raison de 1 gr. par jour et par injection.

A la cinquième injection, les nausées et les vertiges ont disparu. Le 30 avril, deux jours après la dernière piqûre, le malade se sent guéri.

Nous l'avons revu au milieu du mois de mai, il n'a présenté aucun trouble depuis.

OBSERVATION N° X (Due à l'obligeance du Dr Jacquet)

Mme B..., 31 ans, soignée pour le foie depuis l'âge de 22 ans. Les premiers troubles, consistant en coliques vésiculaires, vomissements répétés, subictère des conjonctives et matières décolorées, seraient apparus à la suite d'une fausse couche et surviendraient sous forme de crises de plus en plus

rapprochées ; annuelles, semestrielles et depuis un an, toutes les trois semaines. La nature lithiasique de l'affection n'a jamais pu être mise en évidence.

Dans l'intervalle des crises, bon état général, mais constipation rebelle.

En décembre 1933, alors que la malade est enceinte de quatre mois et vomit depuis le début de sa grossesse, une crise très intense fait craindre un avortement. Cette menace est écartée grâce à une médication énergique (repos, glace, opium, régime lacté).

C'est une femme pâle et amaigrie qui vient consulter le Dr Jacquet dans son Service de l'Hôpital Ambroise Paré en janvier 1934.

L'examen permet de reconnaître chez elle l'existence d'un syndrome vésiculaire et d'un syndrome appendiculaire qui nécessite l'intervention chirurgicale.

L'appendicectomie, pratiquée en février, permet à la malade de reprendre du poids, mais elle accuse toujours des brûlures œsophagiennes et de la constipation. De plus, elle vomit encore plusieurs fois par jour.

Une première série de six injections intra-veineuses d'urotropine amène la cessation des vomissements en mars 1934.

Une deuxième série de 8 gr. pratiquée du 9 au 16 avril fait disparaître la constipation.

Actuellement la malade est recolorée, elle a repris des forces. Sa grossesse est à terme et un accoucheur, consulté, ne prévoit pas de difficulté pour l'accouchement.

N.-B. — A chaque piqûre la malade ressentait un goût spécial dans la bouche pendant l'injection.

Un quart d'heure après, une miction impérieuse mais unique se produisait.

OBSERVATION XI

Mme C..., âgée de 70 ans, commerçante, de vie très active, souffre depuis douze ans de mauvaises digestions. A été soignée par les moyens usuels s'adressant aussi bien à ses troubles gastriques qu'à sa nervosité (sédatifs, nervins, poudres inertes, alcalins).

C'est une femme très amaigrie, véritable gémisseuse, complètement découragée et dont il est difficile de préciser la filiation des symptômes.

L'examen objectif montre un abdomen distendu, à parois maigres et flasques. La palpation au-dessous du rebord costal montre une vésicule très sensible.

Le traitement par l'urotropine intra-veineuse donne dès la troisième piqûre un changement à vue. La malade s'est hydratée, son expression a changé complètement, elle a retrouvé son calme et accuse un bien-être caractéristique. Le traitement terminé, la vésicule a perdu toute sensibilité.

Cependant, certains malaises gastriques ayant tendance à persister debout, alors que les nuits sont bonnes, on fait porter à la malade une ceinture qui combat la ptose très vraisemblablement associée et fait disparaître les derniers malaises.

OBSERVATION N° XII

Mme S..., âgée de 37 ans ; vomisseuse habituelle depuis dix-huit ans. A été soignée par de nombreux médecins sans résultat. A consulté plusieurs chirurgiens ; l'un voulait l'opérer

pour un ulcus duodénal, les autres ne lui trouvèrent rien d'objectif.

On ne trouve rien dans ses antécédents pathologiques. La malade a toujours été bien réglée. Elle a mené à terme deux grossesses normales. Son premier enfant est mort à 2 ans de méningite. Le deuxième, actuellement âgé de 4 ans, est bien portant.

Chose curieuse, la malade cesse de vomir pendant la grossesse et ne présente ni nausées, ni douleurs.

Plusieurs réactions de Wassermann pratiquées ont toujours été négatives.

La malade vient consulter le Dr Jacquet dans son Service de l'Hôpital Ambroise Paré en décembre 1933 : à ce moment elle vomit plusieurs fois par jour, au point de ne plus pouvoir s'alimenter, et accuse des douleurs dans la région épigastrique.

L'examen de la malade permet de mettre en évidence une douleur très nette au point vésiculaire et une sensibilité très vive du point appendiculaire.

Afin de lui permettre de mieux supporter l'intervention chirurgicale envisagée, le traitement par l'urotropine intra-veineuse est commencé le jour même. Dès la deuxième piqûre, les douleurs ont presque disparu, les vomissements sont plus espacés.

Deux jours après la huitième et dernière piqûre, la vésicule est absolument indolore à la palpation mais le point de Mac Burney est toujours sensible.

OBSERVATION N° XIII (Due à l'obligeance du Dr Jacquet)

S..., 49 ans, envoyé par le Dr Girode pour brûlures gastriques durant depuis sept ans et constipation. Les crises dou-

loureuses surviennent une demie-heure après les repas, quelquefois moins.

Elles consistent en brûlures au creux épigastrique irradiant dans le dos, ne s'accompagnant jamais de nausées ni de vomissements, calmées par les alcalins.

Ces crises surviennent après chaque repas, durent environ une heure et sont déclanchées surtout par les sauces, les aliments gras, le chocolat.

La nuit, le malade a des crises d'étouffement de nature aéro-phagique.

L'état général est bon et l'appétit conservé.

Il y a six ans le malade a été soigné pour la vésicule biliaire par l'agocholine sans résultat.

Il y a trois ans, appendicectomie qui n'aurait pas été pratiquée en période de crise aiguë mais à la suite de légères douleurs dans la fosse iliaque droite. Le malade ignore quel était l'état de son appendice.

L'examen de l'abdomen, dont la paroi est souple, montre un cadre colique sensible. La palpation du foie sous le rebord costal droit permet de déceler un point de Murphy très net. Pas de réaction solaire.

Le diagnostic ferme est celui de cholécystite avec colite spasmodique.

Le malade est soumis au traitement par l'urotropine intraveineuse et le 22 mars 1934, après huit injections quotidiennes de 1 gr., les douleurs gastralgiques ont rétrocedé et la vésicule biliaire ne présente plus la moindre sensibilité.

Conclusions.

Pendant les trois dernières années écoulées nous avons relevé avec une particulière fréquence chez les femmes jeunes une forme clinique spéciale de cholécystite. Celle-ci se traduit par un syndrome de troubles digestifs avec névropathie ayant un caractère manifeste de recrudescence pendant les périodes froides de l'année.

Abandonnées à elles-mêmes, ces manifestations subaiguës de cholécystite féminines s'atténuent pendant l'été mais réapparaissent et s'accroissent pendant la période suivante d'automne et d'hiver.

Le traitement de choix de ces cholécystites nous a paru être l'urotropine intra-veineuse donnée à la dose totale de 8 gr. répartis dans une série autant que possible ininterrompue.

L'action du traitement est en général très rapide. Elle se manifeste immédiatement sur le sommeil, sur les troubles nerveux et sur l'asthénie. Souvent une réaction focale légère, au cours du traitement, apparaît comme une signature de la réalité de la cholécystite.

Le traitement par l'urotropine intra-veineuse est préférable à l'administration perorale. Par voie buccale

on est trop souvent obligé de diminuer ou même de suspendre l'administration du médicament à cause des troubles vésicaux engendrés. .

Par voie intra-veineuse, il est toujours possible d'injecter les doses nécessaires prévues.

Vu : le Président de la thèse,

BAUDOUIN,

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Abrami (P.). — Les ictères infectieux d'origine septicémique et l'infection descendante des voies biliaires. Thèse Paris, 1910.

— Congrès International de la lithiase biliaire, 1932, t. I ; Désinfection du cholécyste par l'antisepsie médicale. Doin.

Beckmann. — Munch. Med. Woch., 1928, n° 48.

Binet (L.) et *Nepveux*. — Nutrition, 1922, t. I, n° 4.

Blanc (H.). — Presse Médicale, 6 mai 1925.

Brulé (M.). — Foie et pancréas, t. XII. Maloine, 1920.

Carnot et *Grandzeuska (Mlle)*. — Bull. Soc. de Biologie. Paris, 20 mars 1926.

Chiaroïlanza. — Zeitsch. f. Hygiene, 1906, t. LXII.

Chiray et *Milochévitch*. — Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire par l'excrétion vésiculaire provoquée. Masson, 1924.

Chiray et *Pavel*. — La vésicule biliaire. Masson, 1927.

Chiray et *Semelaigne*. — La cholécystite chronique non calculieuse (Presse Médicale, 12 août 1922).

Daynex. — Thèse Lille, 1929.

Duthoit. — Thèse Lille, 1923.

Jacquet (P.). — Congrès International de la lithiase biliaire, t. II, p. 108.

— La solarité (Nutrition, t. III, n° 4, 1933).

Limichin. — Thèse Lille, 1921.

Loeper et Grosdidier. — Les injections intra-veineuses d'urotropine dans quelques infections (Soc. Méd. Hôp. Paris, 1918, 35, XLII).

Loeper et Michel (Ch.). — Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie. Doin, 1932.

Minet. — Revue Méd. Chirg. des maladies du foie, mai-juin 1929.

Ramond (F.) et Chêne (P.). — Irradiations douloureuses au cours des cholécystites (Presse Médicale, 22 juin 1929).

Specht. — Münch. Med. Woch., 14 mai 1926.
